作業伝票NO：

作業報告書 及び 使用承諾書

公開用

平成　年　月　日

〒583-0851 大阪府羽曳野市碓井4-7-3
MOVEAID. INC
Tel：072-931-4710 / Fax：072-931-4720
E-MAIL：info@moveaid.co.jp
URL：http://www.moveaid.co.jp

記

下記の内容にて受付し、当社が定める取付基準に従い作業を行いましたのでご報告申し上げます。

【受付情報】

受付日時：　年　月　日　時 予約日：　年　月　日 am / pm　時　から　年　月　日 am / pm　時　まで
申込者名：　様　住所：　連絡先：Tel:　/FaX:
作業先住所：　連絡先：Tel:　/FaX:
ユーザー名：　ユーザーID：
作業車両：　車両形式：　年式：　車番：　車検年月日：

【製品代金】　製品製造番号：

取付製品：MOVEAID/オートモビリティー901ハンドコントロールシステム
諸費用内訳：基本取付料金/15,750円（税込）・時間外費用/　円（税込）・交通費/　円（税込）
合計金額：　円

別途使用部品：○ロアオフセットブレーキアーム（BMR-L , R）
○ワイドアクセルブロック（AC-001-W）
○Pブレーキレバー・○ハンドグリップ
注：●は使用部品

【作業内容内訳】

タワーストラップ：_______ / カムロック：_______ / アクセルブロックグラブボルト：_______ / ロアリテンションベルト：_______ /　作業担当者：　㊞
ロアブレーキアーム：ST ・ R ・ L / ブレーキブロックボルト：_______ /
各ボルト締め付け確認：AB/GB_______BB/B_______RB/B_______RB/GB_______ PBR_______ /
取付確認：ステアリングノブ_______パーキングブレーキレバー_______ /
作動確認及び調整確認：適合_______不適合_______ / セーフティーストラップ：_______箇所 / マーキング：_______箇所

【留意事項】

- 上記の内容通り、作業報告をさせていただきます。操作合否及び取付内容をご確認の上、下記にご署名いただけますことをお願い申し上げます。
- 今回の作業後、本装置操作ミスや取付担当者以外による取付取り外し及び装置への改造などを起因とした事故に対しまして、当社に一切の責任がないことにご理解頂き下記にご署名いただけますことをお願い申し上げます。（取扱説明書に準ず）
- 当社における管理業務上、当社より求められた書類の提出（身体障害者手帳のコピー、取付車両又は取付予定車両の車検証コピー/いずれもFAX又は郵送）が必要となりますのでご理解頂けますことをお願い申し上げます。
- 作業報告書及び使用承諾書は、車検証と共に大切に保管してください。

【使用承諾書】　● 上記の留意事項をご理解頂き、ご署名いただけますことをお願い申し上げます。使用承諾書に同意を得られなき場合は、当社よりの貸出を差し控えさせていただいております。

住所：______________________　注意事項：______________________

連絡先：TEL______________ FAX______________　______________________

ご署名：______________________（使用者本人 ・ 代理人）㊞　______________________